

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА ПОЗВОНКА C2

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

НИИ скорой помощи им. Склифосовского, г. Москва

Частота повреждений C1—C2 позвонков составляет от 1 до 27% всех повреждений шейного отдела позвоночника. Высокая летальность после травмы с одной стороны и минимальная неврологическая симптоматика при наличии грубой посттравматической костной патологии у «выживших» пациентов с другой — ставят хирурга перед выбором того или иного способа лечения. При наличии сочетанной травмы нередко переломы верхнешейных позвонков остаются нераспознанными и диагностируются уже в отдаленном периоде, что еще более усложняет задачи хирургического лечения. Целью работы явилось усовершенствование тактики лечения больных с переломами зубовидного отростка C2 позвонка.

Проведен анализ результатов лечения 49 больных с переломами зубовидного отростка C2 позвонка. Все больные находились на лечении в нейрохирургических отделениях Ивановской ОКБ и НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в период с 01.14.89 по 01.09.04 гг. Мужчин — 31, женщин — 18. Возраст от 16 до 63 лет. При поступлении выполнено стандартное рентгенографическое обследование шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях, прицельная рентгенография верхнешейного отдела, рентгеновская КТ C1—C2, МРТ шейного отдела позвоночника.

Из 49 больных сочетание перелома зубовидного отростка C2 позвонка с многофрагментарным переломом C1 позвонка (переломом Джефферсона) отмечено у 5 пострадавших. Застарелые переломы зубовидного отростка были у 8 больных. Переломы зубовидного отростка C2 позвонка II типа по классификации L.D. Anderson et R.T. D'Alonzo (1974) обнаружены у 17 пациентов, III типа — у 32. В остром периоде оперирован 21 больной, в подостром — 20, в промежуточном и позднем — 8.

Выбор тактики и метода декомпрессивно-стабилизирующего вмешательства основывался на следующих критериях: 1) тяжести состояния, клиническом проявлении перелома, 2) наличии сочетанной травмы, 3) виде перелома, 4) давности перелома, 5) «вправимости» атлантоаксиальной дислокации, 6) анатомических особенностях, возрасте, сопутствующих заболеваниях. Исходя из вышеперечисленных критериев выполнены:

- 1) 6 больным при «острых» неосложненных переломах II типа проведена закрытая репозиция и внешняя фиксация Halo-аппаратом с последующей трансдентальной одновинтовой фиксацией. У всех пациентов получен хороший клиничко-ортопедический результат.
- 2) при переломах аксиса II и III типов, со смещением отломка аксиса более чем на 5 мм, 27 больным после предварительной коррекции

Halo-аппаратом выполнен задний комбинированный спондилодез C1—C2 позвонков. Эта методика особенно хорошо зарекомендовала себя при осложненных переломах, когда требовалась экстренная операция по жизненным показаниям;

- 3) трем больным при неустраняемых внешними воздействиями атлантоаксиальных дислокациях, первым этапом проводили трансоральную резекцию зубовидного отростка с мобилизацией C1—C2 сегмента, вторым этапом — задний комбинированный спондилодез с использованием стяжек Халифакса. Результат лечения этих больных расценен как хороший;
- 4) при «застарелых» переломах II типа 3 больным выполнено комбинированное хирургическое вмешательство. Первым этапом, в Halo-аппарате, подчелюстным доступом слева была выполнена резекция фиброзных тканей в основании зубовидного отростка с репозицией атлантоаксиального комплекса Halo-аппаратом, вторым этапом — задний комбинированный спондилодез за дужки C1—C2 позвонков и установкой в ложе зубовидного отростка кортикальногубчатого трансплантата из гребня подвздошной кости. У всех пациентов отмечен регресс болевого синдрома, достигнут эффект репозиции и стабилизации;
- 5) у одного больного с ригидной атлантоаксиальной дислокацией выполнена фиксация шейного отдела Halo-аппаратом с резекцией дуги атланта и края затылочной кости с последующим окципитоспондилодезом. Достигнут полный регресс неврологической симптоматики;
- 6) одному больному с застарелым переломом II типа выполнена коррекция Halo-аппаратом с последующим трансартулярной винтовой фиксацией по Магерлу со спондилодезом C1—C2 по Бруксу. Результат лечения расценен как хороший;
- 7) в остром периоде болезни 3 больным при переломах зубовидного отростка III типа со смещением отломка до 4—5 мм и 5 больным с сочетанным переломом C1 позвонка выполнена Halo-коррекция и фиксация шейного отдела позвоночника. У этих больных также получен хороший клиничко-ортопедический результат.

Таким образом, активная хирургическая тактика при острых, подострых и особенно застарелых переломах зуба эпистрофея позволяет достичь оптимальных клинических, ортопедических результатов. Задний комбинированный спондилодез является наиболее оптимальным, надежным,

безопасным методом стабилизации. В качестве первого этапа оперативного лечения целесообразно использование возможностей Halo-аппарата как для репозиции, так и для удержания полученного эффекта в момент фиксации. Проведение

операции в Halo-аппарате позволяет надежно фиксировать краниовертебральный уровень, осуществлять манипуляции, предотвращая возможные фатальные осложнения вследствие релаксации и гипермобильности.

ОСТРАЯ ДИСКОГЕННАЯ ПОЯСНИЧНАЯ МИЕЛОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ

**Некрасов А.К., Некрасов М.А., Игошин Ю.А., Серегин А.В., Шевчук В.В.,
Гоголев А.Ю.**

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
НИИ скорой помощи им. Склифосовского, г. Москва

Проведен анализ клинического течения и МРТ-данных у 46 больных с синдромом острой дискогенной поясничной миелопатии за период с 1997 по 2006 гг. Все больные поступали в экстренном порядке, им проводилось клинико-неврологическое обследование (включая подробный сбор анамнеза и последующее катamnестическое наблюдение), МРТ-обследование поясничного отдела позвоночника. Все больные были оперированы по поводу грыжи межпозвонковых дисков на уровне поясничного отдела позвоночника. Изучение анамнеза выявило в общем однотипность течения заболевания у большинства больных: дебют с выраженного моно-, реже полирадикулярного болевого синдрома, сохраняющегося на протяжении нескольких недель, затем, после усиления болей, — развитие клиники поясничной миелопатии (частичной или полной).

По нашим данным, наиболее часто в структуре дискогенной поясничной миелопатии наблюдалось нарушение функции тазовых органов (85%) и нарушение чувствительности в сакральных сегментах (96%). Двигательные нарушения в виде парезов дистальных отделов конечностей наблюдались реже (52%). Анализ данных МРТ показал, что наиболее часто у больных встречалась грыжа диска L5—S1 позвонков (27 больных — 58,6%), грыжа диска L4—L5 позвонков у 14 больных — 30%, и 3 больных — грыжа диска L3—L4 позвонков. Причем в большинстве случаев отмечалась четкая латерализация грыжи, совпадающая топически с первоначальным радикулярным синдромом.

Катamnестическое наблюдение за больными в послеоперационном периоде выявило два клинических варианта течения изучаемой патологии. В первом случае нами отмечен полный регресс каудального синдрома: восстановление самостоятельного мочеиспускания, чувствительности в сакральных сегментах и мышечной силы в ногах (26 больных). В другом варианте (20 больных) оперативное лечение принесло лишь некоторое улучшение в состоянии больных, при этом признаки частичного каудального синдрома сохранялись и были представлены: нарушением функции тазовых органов (60%), гипестезией в сакральных сегментах (45%), парезом (40%).

Нами выявлены значительные различия в течении заболевания между данными группами больных. В первом случае (с благоприятным исходом) доминирующей жалобой на момент поступления была интенсивная радикулярная боль; тазовые нарушения и снижение чувствительности выявлялись лишь при активном расспросе, в ряде случаев. Развитие миелопатии у них зачастую сопровождалось усилением болевого синдрома. Напротив, у второй группы больных чаще преобладали именно признаки миелопатии; боль у ряда больных на момент поступления даже отсутствовала. Развитию клиники каудального синдрома у них в большинстве случаев предшествовало резкое усиление радикулярных болей, затем стихающих на фоне манифестирующей поясничной миелопатии. Интересно, что у больных первой группы чаще встречалась грыжа диска L5—S1 позвонков (в 73%), в то время как у больных второй группы — лишь в 50%. При этом у 3 больных второй группы нами диагностирована грыжа диска L3—L4 позвонков. Следует подчеркнуть, что средний срок от момента дебюта миелопатии и до проведения оперативного лечения не различался в обеих группах, что говорит в пользу наличия принципиально разных патогенетических факторов в развитии заболевания у больных указанных групп.

По нашему мнению, хороший эффект от оперативного лечения в первом случае говорит о преобладании фактора компрессии грыжей межпозвонкового диска корешков спинного мозга. Напротив, во второй группе основной причиной развития миелопатии являлась не компрессия нервных образований, а нарушение спинального кровообращения вследствие диско-радикулярного конфликта. По нашему мнению, именно вовлечение в процесс радикуло-медуллярных артерий, приводящее к инфаркту спинного мозга, и является ответственным за возникновение клиники (и малой эффективности хирургического лечения) поясничной миелопатии у больных второй группы. Как показывает наш опыт, данные больные должны рассматриваться и получать лечение не только как больные с банальным остеохондрозом, но, в большей степени, как больные, перенесшие нарушение мозгового кровообращения с соответствующим терапевтическим подходом.